



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Fatores associados com o teste ao VIH e comportamentos preventivos: Implicações para os programas de prevenção.

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Paula Cristina de Araújo Vilaça de Sá

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

ABRIL 2017



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Fatores associados com o teste ao VIH e comportamentos preventivos: Implicações para os programas de prevenção

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Paula Cristina de Araújo Vilaça de Sá

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Resumo

As infeções sexualmente transmissíveis, como o VIH, representam um desafio importante para a Saúde Pública de Portugal, pois apesar dos progressos relativamente ao conhecimento e técnica, a prevenção continua a ser fundamental.

Este estudo analisou os fatores associados com a realização do teste ao VIH e outras medidas preventivas, que representam estratégias importantes usadas para reduzir a transmissão.

Esta amostra foi constituída por 308 utentes do CAD de Braga e Porto. Os resultados obtidos indicam que elevados conhecimentos sobre a transmissão e prevenção, ser do género masculino, ser jovem, maior escolaridade e residir em zona urbana são preditores da realização do teste ao VIH. Encontrou-se diferenças estatisticamente significativas na subescala atitudes negativas, com os homens a apresentarem média mais elevada. Existe ainda uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras preparatórias e a autoeficácia na negociação e geral, conhecimentos sobre a transmissão do VIH e entre as práticas sexuais seguras preparatórias e as barreiras, as atitudes negativas e baixa autoeficácia percebida na comunicação. Ao identificar os preditores do teste do VIH, do uso do preservativo e das práticas sexuais seguras preparatórias, estamos a contribuir para determinar as estratégias de prevenção e perfis de risco.

Palavras Chave: VIH, comportamentos preventivos, uso do preservativo, práticas sexuais seguras preparatórias.

Abstract

Sexually transmitted infections, such as HIV, represent a major challenge for Public Health in Portugal, because despite advances in knowledge and technology, prevention remains fundamental.

This study looked at factors associated with HIV testing and other preventive measures, which are important strategies used to reduce transmission.

With a sample of 308 users of CAD from Braga and Porto, the results indicate that high knowledge about transmission and prevention, being male, being young, greater schooling and living in urban areas are predictors of the HIV test. Statistically significant differences were found in the negative attitudes subscale, with men presenting a higher mean. There is also a positive and statistically significant relationship between safer and effective sexual practices in negotiation and general self-efficacy, knowledge about HIV transmission and between safer sexual practices and barriers, negative attitudes, and perceived low self-efficacy in communication. By identifying the predictors of HIV testing, condom use and safe preparatory sexual practices, we are helping to determine prevention strategies and risk profiles.

Keywords: HIV, preventive behaviors, condom use, safe sex practices

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Índice.....	III
Tabelas	IV
Acrónimos	V
Introdução	1
Preditores do Teste ao VIH.....	3
Preditores do Uso do Preservativo e das práticas sexuais seguras.....	4
Metodologia	7
Objetivos da Investigação	7
Participantes.....	8
Procedimentos.....	8
Instrumentos de avaliação	8
Análises Estatísticas.....	11
Resultados	12
Discussão dos resultados	33
Limitações do estudo	36
Implicações	36
Conclusão	37
Referências Bibliográficas	38

Tabelas:

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Tabela 2. Características comportamentais da amostra

Tabela 3. Percepção de risco

Tabela 4. Perigo e prevenção do VIH com o parceiro

Tabela 5. Características Cognitivas da amostra

Tabela 6. Conhecimentos acerca da transmissão e prevenção do VIH

Tabela 7. Risco do parceiro

Tabela 8. Práticas sexuais seguras preparatórias

Tabela 9. Diferenças de género

Tabela 10. Diferenças de género na percepção de risco

Tabela 11. Diferenças de género

Tabela 12. Associação entre as variáveis

Tabela 13. Associação entre as variáveis

Tabela 14. Preditores das práticas sexuais seguras preparatórias

Tabela 15. Preditores do uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais

Tabela 16. Escolaridade como moderadora da relação entre a percepção de risco e as práticas sexuais seguras preparatórias.

Acrónimos

CAD-Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce

VIH/SIDA-Vírus da Imunodeficiência Humana

USP- Unidade Saúde Pública

Introdução

O VIH continua a representar um desafio importante para a Saúde Pública de Portugal onde, no final de 2014, o total de novos casos notificados, desde 1985, ascendia a 52694 (INSA, 2015). Desde o início da epidemia em 1981 até aos dias de hoje, cerca de 75 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH, sendo registadas aproximadamente 36 milhões de mortes (WHO, 2014). No último relatório publicado entre 2001 e 2013, o número de novos casos de infeção por VIH em todo o mundo sofreu uma diminuição de 1.3 milhões. No entanto, o número de pessoas a viver com VIH aumentou 5.2 milhões, podendo ser justificado pelos efeitos benéficos das terapias anti-retrovirais (UNAIDS, 2014).

A incidência da infeção por VIH continua a variar consideravelmente entre países e regiões, havendo regiões onde o número de novos casos continua a aumentar. A África Subsariana continua a ser a zona mais afetada, com cerca de 1 em cada 20 adultos a viver com VIH, o que perfaz o total de 71% das pessoas que vivem com VIH em todo o mundo (WHO, 2014).

Em 2013, registou-se um total de 35 milhões de pessoas a viver com VIH em todo o mundo, sendo que 3.2 milhões eram crianças com menos de 15 anos e apenas 2.3 milhões foram registados na Europa Ocidental e América do Norte, o que demonstra a real variação de incidência entre regiões acima descritas (UNAIDS, 2014). Todavia, a epidemia de VIH/SIDA está a abrandar no espaço de 29 países que constituem a União Europeia/ Espaço Económico Europeu (Público, 2013).

Atualmente, a infeção pelo VIH distribui-se de forma equitativa pelos dois sexos, ao contrário do que se verificou no início da pandemia em que a infeção afetava predominantemente os homens (UNAIDS, 2014).

Ao longo do tempo, a prevalência da infeção em Portugal evidenciou uma movimentação distinta da média europeia. Em Portugal, o número de casos de SIDA cresceu de forma acentuada a partir de 1992. Relativamente à distribuição por grupo etário entre 1983 e 2012, os dados revelam que a maioria dos casos registados com idade conhecida à data de diagnóstico se encontra entre os 20 e os 49 anos (INSA, 2013).

Em Portugal até 30 de junho de 2015 foram recebidas pelo INSA notificações de 920 casos de infeção VIH em que o diagnóstico ocorreu no ano 2014. Destes, 99.3% (914) foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos e 72.5% registaram-se em indivíduos do sexo masculino e a idade mediana à data do diagnóstico foi de 38 anos (INSA, 2015).

Relativamente à distribuição geográfica da infeção por VIH em Portugal em 2014, tendo em conta os dados da residência à data da notificação, os três distritos do país em que se registam maior número de casos acumulados são, por ordem decrescente, o distrito de Lisboa com 440 casos (48.1%), seguido da zona norte com 191 casos (20.9%) e zona centro com 172 casos (18.8%) (INSA, 2015).

Relativamente ao género, os homens apresentaram uma probabilidade 2.6 vezes superior à das mulheres de terem um novo diagnóstico de infeção VIH em 2014 (INSA, 2015).

A estratificação por categorias de transmissão revelou que 61.3 % dos casos referiam transmissão heterossexual, em 31% a transmissão era consequente de relações sexuais entre homens e 4.3% foram incluídos na categoria de transmissão “toxicodependente” e verificou-se que 92.2% dos casos com diagnóstico em 2014 resultaram de contatos sexuais de risco (INSA, 2015).

Atualmente, a crise financeira na Europa tem-se revelado uma ameaça à saúde, pelo impacto que as medidas de austeridade têm nos sistemas de saúde, sobretudo em países como a Grécia, a Espanha e Portugal (Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thompson, & Basu, 2013). A intensificação da prevenção do VIH é a única maneira de vencer a epidemia e de responder às crescentes necessidades de tratamento. Na ausência de uma vacina que bloqueie a transmissão, a prevenção do VIH concentra-se na redução da transmissibilidade e do risco, através do teste ao VIH e da promoção do uso do preservativo (Laga, Rugget, Peersman, & Ainsworthal, 2012).

Os comportamentos na saúde constituem um fator determinante de muitas doenças crónicas. Assim, o conhecimento atual aponta para o facto de os padrões de comportamento contribuírem mais para a morte prematura do que a predisposição genética, as circunstâncias sociais, a exposição ambiental e os erros nos cuidados de saúde (Curry, Grossman, Whitlock, & Cantu, 2014). Assim sendo, seria importante que as abordagens comportamentais tenham um lugar central na prevenção e nos cuidados de saúde do século XXI (Fisher et al., 2011).

O SNS Português tem vindo a investir recursos para a expansão dos serviços de aconselhamento e deteção precoce do VIH e fornece cobertura universal para testes e tratamento. O Programa Português Nacional para Prevenção ao VIH e Controle (Direção Geral da Saúde, 2012) propõe até ao final de 2016 a diminuição de 65% para 35% o diagnóstico tardio da infeção pelo VIH, entre outros objetivos.

O teste rápido do VIH veio alterar significativamente a gestão do tempo, das incertezas e das angustias decorrentes de comportamentos de risco epidemiológico,

facilitando os resultados sobre o seu estado serológico e permite a deteção precoce e medicação atempada da infeção (Ribeiro & Sacramento, 2014).

Assim importa estudar os fatores associados à realização do teste ao VIH e outras medidas preventivas (e.g, uso consistente do preservativo, práticas sexuais preparatórias seguras) em Portugal, pois são estratégias importantes usadas para reduzir a transmissão do VIH na população portuguesa.

Ao compreendermos os preditores do teste ao VIH, do uso consistente do preservativo e das práticas sexuais seguras preparatórias, podemos contribuir para determinar as estratégias de prevenção e perfis de risco.

Preditores do teste ao VIH

Alguns investigadores encontraram fatores demográficos, comportamentais e psicossociais relacionados especificamente com a realização do teste ao VIH. Assim, entre os fatores demográficos estão, ser do sexo feminino (Caldeira, Cantor, O'Grady, Vincent & Arria, 2012), pertencer a minorias raciais e étnicas (Crosby, Miller, Staten & Noland, 2005), ser jovem (Wang, Li, Stanton, & McGuire, 2010), com rendimentos mais elevados (Agha, 2012), residência urbana (MacPhail, Pettifor, Moyo & Rees, 2009), maior nível de escolaridade (Crystal et al, 2012) e religião (Tenkorang & Owusu, 2010). Por exemplo um estudo de Costa, Oliveira e Pereira (2015) que procurava investigar os fatores associados aos testes de VIH em mulheres sexualmente ativas demonstrou que níveis mais elevados de instrução, estar grávida ou ter estado grávida, maior preocupação e maiores níveis de conhecimento sobre o VIH, possuir autoeficácia na negociação do preservativo e perceção de ausência de risco no parceiro são preditores importantes da probabilidade de realização do teste na população feminina.

Os fatores comportamentais do teste ao VIH envolvem comportamentos sexuais de alto risco, frequência de relações sexuais desprotegidas e número de parceiros sexuais (Caldeira et al., 2012), assim como outros comportamentos sexuais de risco e uso de drogas (Bond, Lauby, & Batson, 2005), embora alguns estudos relatem que as mulheres com maior risco de VIH eram menos propensas a realizar o teste (Agha, 2012). Por exemplo, Sherr et al. (2007) constataram que a motivação para realização do teste ao VIH foi impulsionada pelo conhecimento e educação, em vez do risco sexual. Vários fatores psicossociais podem mediar a relação entre a assunção de riscos e o teste ao VIH (de Wit & Adam, 2008), nomeadamente, um maior conhecimento sobre VIH (Mall, Middelkoop, Mark, Madeira, & Bekker, 2013;

Raba, Skret-Magierlo, & Skret, 2010), alta susceptibilidade pessoal percebida face ao VIH (Cristal et al, 2012), envolvimento sexual de risco percebido nos pares e satisfação com a vida (Wang, Stanton & McGuire, 2010), conversar sobre VIH (MacPhail, Pethifor, Moyo & Rees, 2009), dinâmica das relações (por exemplo, confiança, poder, comunicação sexual e coerção sexual) e crenças sobre o comportamento sexual do parceiro (Longmore, Johnson, Manning, & Giordano, 2013). A intenção de realizar o teste tem sido previsto por prós, ou contras percebidos do risco, autoeficácia e disponibilidade/acessibilidade relacionados com os testes (Hou & Wisenbaker, 2005). O teste ao VIH parece ser mais provável quando os indivíduos percebem que têm estado em risco, embora esta associação não seja perfeitamente observada (de Wit & Adam, 2008).

Um estudo realizado por Agha (2012), para identificar os preditores do teste ao VIH e uso do preservativo em Moçambique, concluiu que o foco do teste deveria mudar de mulheres casadas (testadas em consultas pré-natais) para mulheres solteiras e com múltiplos parceiros. As barreiras financeiras ao teste do VIH parecem ser substanciais e os homens também deveriam ser encorajados a fazerem o teste do VIH periodicamente.

A análise das variáveis tem sido alvo de estudo por parte de alguns modelos teóricos que explicam a realização do teste ao VIH, por exemplo o Modelo de Crenças de Saúde (MCS), modelo desenvolvido nos anos 50, por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Becker, 1974; Becker & Janz, 1984; Rosenstock, 1994), defende que uma decisão de um sujeito com vista a ter um comportamento saudável é determinada, principalmente, por quatro variáveis cognitivas: percepção de suscetibilidade a determinada doença, da sua gravidade, dos benefícios da mudança de determinados comportamentos e das barreiras e/ou consequências negativas dessa mudança de comportamento (Conner & Norman, 1994). Assim, a ação preventiva (e.g., realizar o teste ao VIH) ocorrerá mediante determinadas condições de elevada susceptibilidade de contrair o VIH, elevada percepção de severidade de ser contaminado e dos benefícios e baixa percepção de custos na realização do teste (gratuito), (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996).

Preditores do uso do preservativo e das práticas sexuais seguras preparatórias

Para além do teste ao VIH, existem outras formas de prevenção de disseminação do vírus como o uso do preservativo. Neste contexto, em Portugal verificou-se que os jovens adultos evidenciam uma utilização inconsistente do preservativo, principalmente os mais velhos, com parceiro estável, sendo os comportamentos sexuais e o uso do preservativo

idênticos entre homens e mulheres, com jovens adultos a possuírem intenção elevada de uso do preservativo, mas o seu comportamento a ser discrepante (Gomes & Nunes, 2011).

Alguns estudos confirmaram a associação entre o uso do preservativo e características sociodemográficas, tais como idade (Adu-Oppong, Grimes, Ross, Risser, & Kessie, 2007), nível de educação (Chandran et al, 2012; Shai, Jewkes, Levin, Dunkle, & Nduna, 2010), religião (Adu-Oppong et al, 2007), estado civil (Chandran et al, 2012; Elifson, Klein, e Sterk, 2010).

Outros estudos focam-se na associação entre o uso do preservativo e variáveis psicossociais, deste modo, maiores perceções de autoeficácia na negociação do preservativo (Crosby et al, 2013), maior perceção de risco (Ma et al, 2009), baixo nível de barreiras face ao uso do preservativo (Elifson et al, 2010; Protogyrou & Turner-Cobb, 2011) e de preparação de comportamentos sexuais mais seguros (Chandran et al, 2012) predizem o uso do preservativo. Por exemplo, Costa, Oliveira, Ferreira e Pereira, (2015), concluíram que o uso consistente do preservativo foi determinado pelo estado civil (não estar casada), ter maior perceção da autoeficácia na negociação e ter comportamentos sexuais seguros preparatórios (e.g., comprar ou trazer preservativos). Viver com um companheiro, possuir baixa perceção de risco face ao VIH e baixa escolaridade foram fatores associados ao uso inconsistente do preservativo.

Os autores Artístico, Oliver, Dowd, Rottenberg e Khalil (2014), verificaram num estudo para investigar a influência da autoeficácia, que esta e o uso do preservativo no passado são preditores significativos da intenção individual de usar preservativo no futuro.

Pérez-Jiménez, Satiago-Rivas e Serrano-Garcia (2009), com uma amostra de 447 sujeitos, concluíram que maior autoeficácia na negociação conduz a maior probabilidade de uso do preservativo, isto é, de práticas sexuais seguras preparatórias.

Mais recentemente, e num estudo realizado com 177 mulheres jovens portuguesas, Costa, McIntyre e Trovisqueira (2016) concluíram que ter menos barreiras contra sexo seguro foi um preditor das práticas sexuais seguras preparatórias.

Matera (2014) desenvolveu um estudo em que investigou os efeitos da disponibilidade de preservativos, normas de pares e a negociação da autoeficácia na perceção das meninas no uso do preservativo masculino. Os resultados sugerem que as intervenções que pretendam reduzir o risco no comportamento sexual devem tornar os preservativos disponíveis e dirigir-se a outros pontos psicológicos significativos como as normas de pares. A comunicação sobre o preservativo também é importante, e pode ser diretamente influenciada pela autoeficácia na negociação e afetada indiretamente pelas normas de pares.

O aumento da percepção de risco do VIH pode melhorar comportamentos de proteção, diminuindo assim a propensão para infeção por VIH. As percepções de risco do VIH podem ser influenciadas por múltiplos fatores, incluindo níveis de escolaridade (Essien et al., 2007). A literatura tem demonstrado o papel moderador da educação, especificamente, maior nível de escolaridade (Chandran et al, 2012) na relação entre percepção de risco e uso do preservativo.

Para Nodim, Carballo-Dieguez e Leal, (2015), é de grande importância intervenções comportamentais desenhadas à medida das necessidades dos diferentes grupos estudados, em particular junto aos homens heterossexuais e homossexuais.

A análise das variáveis em conjunto tem sido alvo de estudo por parte de alguns modelos teóricos tais como a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social, desenvolvida por Albert Bandura, em 1961, baseada na aprendizagem através da interação com o meio e da observação dos outros, sendo a aprendizagem social também referida como aprendizagem por imitação ou por observação. Segundo esta teoria, os novos comportamentos são aprendidos por imitação do comportamento dos outros ou por experiência direta. Decorrente dessa teoria, que postula o comportamento humano como uma contínua interação entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais (Bandura, 1977), a Autoeficácia é definida como a crença do indivíduo sobre a sua capacidade de influenciar os eventos que afetam a sua vida, e resulta de quatro fontes de informação (Barkley & Burns, 2000): obtenção do desempenho pretendido, que deriva da experiência pessoal anterior do indivíduo; experiências vicariantes, que resultam da observação dos outros (modelos) na realização do comportamento; persuasão verbal, que é consequência do feedback verbal do modelo; e excitação fisiológica, que é a resposta fisiológica, caracterizada como o feedback fisiológico que o indivíduo obtém, na realização de uma tarefa.

Em suma, este estudo analisa os fatores que determinam a realização do teste ao VIH, do uso do preservativo e das práticas sexuais seguras preparatórias na população portuguesa, a fim de desenvolver estratégias comportamentais e cognitivas para a prevenção do VIH nos cuidados de saúde, pois uma melhor compreensão destes fatores ajudará a determinar abordagens que devem ser seguidas a fim de alcançar aqueles que permanecem em risco.

METODOLOGIA

Objetivos

Com base na literatura e no modelo teórico, este estudo tem como objetivos avaliar: 1) as diferenças de género ao nível da autoeficácia na negociação e geral, dos conhecimentos sobre VIH, das perceções de risco e das barreiras sociocognitivas, do comportamento sexual e dos marcadores do Ist's e VIH e álcool e drogas; 2) a relação entre as variáveis cognitivas e comportamentais com as práticas sexuais seguras preparatórias; 3) a relação entre autoeficácia na negociação e geral, conhecimentos sobre VIH, comportamentos sexuais de riscos, perceções de risco e das barreiras sociocognitivas, histórias de Ist's e maior consumo de álcool e drogas e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; 4) os preditores das práticas sexuais seguras preparatórias; 5) os preditores do uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; 6) determinadas variáveis sociodemográficas moderam a relação entre a perceção de risco e as práticas sexuais seguras preparatórias e 7) entre o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

Tendo por base os objetivos desta investigação, definiram-se as seguintes hipóteses: 1) Espera-se encontrar diferenças de género ao nível da autoeficácia na negociação, na autoeficácia geral, dos conhecimentos sobre VIH, do comportamento sexual, das perceções de risco e das barreiras sociocognitivas e dos marcadores do Ist's e VIH e álcool e drogas; 2) Espera-se que maior autoeficácia específica e geral, maiores conhecimentos, comportamentos sexuais de maiores riscos, maiores perceções de risco e menores barreiras sociocognitivas, histórias de Ist's e maior consumo de álcool e drogas estejam associados com as práticas sexuais seguras preparatórias; 3) Espera-se que maior autoeficácia específica e geral, maiores conhecimentos, maiores perceções de risco e menores barreiras sociocognitivas, histórias de Ist's e menor consumo de álcool e drogas estejam associadas com o uso do preservativo dos últimos quatro atos sexuais; 4) Espera-se que maior autoeficácia específica e geral, maiores conhecimentos, comportamentos sexuais de maiores riscos, maiores perceções de risco e menores barreiras sociocognitivas, histórias de Ist's e maior consumo de álcool e drogas sejam preditores das práticas sexuais seguras preparatórias; 5) Espera-se que maior autoeficácia específica e geral, maiores conhecimentos, maiores perceções de risco e menores barreiras sociocognitivas, histórias de Ist's e menor consumo de álcool e drogas sejam preditores do uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; 6) Espera-se que algumas variáveis sociodemográficas (e.g., escolaridade) moderem a relação entre a perceção de risco e as práticas sexuais preparatórias seguras; 7) Espera-se que algumas variáveis

sociodemográficas (e.g., escolaridade) moderem a relação entre a percepção de risco e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais .

Participantes

Neste estudo participaram 308 utentes, que realizaram o teste rápido ao VIH nos CAD- Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH, de Braga e Porto.

Os critérios de inclusão para a recolha de dados são: estar presente no CAD para fazer o teste ao VIH; idade superior a 16 anos; capazes de responder por escrito ou sob a forma de entrevista aos instrumentos.

Procedimentos

O presente estudo insere-se dentro da metodologia de investigação quantitativa de carácter transversal e de *design* correlacional e foi submetido e aprovado pelo Conselho Científico e Comissão de ética da Universidade Católica Portuguesa, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, pela Comissão de Ética da ARS Norte, e a recolha foi permitida pelos Centro de Saúde (Braga, Porto). Foi ainda solicitada autorização às entidades colaboradoras e participantes neste estudo através de requerimentos próprios e consentimento informado.

A recolha de dados teve lugar nos CAD de Braga e Porto, segundo o regulamento imposto pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da ARS Norte. Os dados foram recolhidos no período de junho até dezembro de 2016. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e foi enfatizado que a sua participação era voluntária e estava assegurada a confidencialidade dos dados. Deste modo, todos os participantes assinaram um consentimento informado.

Instrumentos de Avaliação

O Questionário Sociodemográfico e Clínico de Costa, McIntyre e Hobfoll (2002). Foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e outras variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra.

Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale, foi desenvolvida por (Hobfoll, 2002; versão portuguesa Costa e McIntyre, 2002). Apresenta cinco itens, cujo objetivo é avaliar a autoeficácia na negociação do preservativo ("Como você se sente confiante em abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas ... Convencer o seu parceiro a usar o

preservativo, mesmo se ele diz que não quer?"; $\alpha = 0,96$), utilizando uma escala *likert* de nove pontos (0 = nada confiante a 9 = totalmente confiante) e foi utilizado como uma pontuação geral (Hobfoll et al., 2002). Na versão portuguesa apresenta um alfa de cronbach de $\alpha=69$.

General Perceived Self-Efficacy – GSES (Schwarzer e Jesusalem, 2000; versão portuguesa de Costa e Teresa McIntyre, 2002). A escala de autoeficácia geral foi medida por 10 itens ("Eu consigo sempre resolver os problemas difíceis se tentar "; $\alpha = 0,70$), com uma escala de sete pontos (1 = falso a 7 = exatamente-verdadeiro), e foi usado como uma pontuação geral para avaliar a percepção de competência pessoal em lidar de forma eficaz com uma variedade de situações stressantes (Schwarzer, Babler, Kwiatek, Schroder & Zang, 1997).

Sexual Knowledge (Hobfoll et al., 2002; versão portuguesa de Costa e McIntyre, 2002). O conhecimento relacionado ao VIH foi avaliado com 14 itens, não abrange o teste de VIH ("Alguém pode estar infetado com VIH apertando as mãos, tocando ou beijando o rosto de alguém com VIH?"; $\alpha = 0,79$), utilizando uma escala com três possíveis opções (verdadeiro, falso, não sei) e a percentagem de acertos foi usado como uma pontuação de resumo. Conhecimento relacionado com a SIDA designa uma escala completa compreendendo duas subescalas: transmissão de VIH e conhecimento prevenção do VIH. Conhecimento de transmissão do VIH foi medida com 8 destes 14 itens ("Alguém pode estar infetado com VIH, trabalhando perto de alguém com VIH?"; $\alpha = 0,76$) e os restantes 6 itens avaliados conhecimento da prevenção do VIH ("métodos eficazes para evitar SIDA: Use preservativo "; $\alpha = 0,66$).

Past Sexual Behaviour (Hobfoll, 2002; versão portuguesa de Costa e McIntyre, 2002). Permite avaliar o comportamento sexual; é pedido aos participantes para indicarem a frequência dos seus comportamentos sexuais e respetivos comportamentos preventivos (utilização do preservativo) e número de parceiros, em três períodos distintos: nas últimas duas semanas, últimos dois meses e últimos seis meses. Constituído por 9 itens que avaliam a atividade sexual vaginal, oral e anal e 9 itens avaliam a atividade preventiva, ou seja, a frequência do uso do preservativo. O alfa de Cronbach em estudos realizados variou entre $\alpha=71$, $\alpha=75$, $\alpha=88$.

Perceptions of Risk (Hobfoll, 2002; Versão portuguesa Costa e McIntyre, 2002). Avalia individualmente o risco da SIDA na comunidade (um item) e risco pessoal (um item), ou seja, se os contactos heterossexuais dos participantes em geral ("Eu acredito que o contato sexual entre um homem e mulheres tem ... ") e o seu comportamento sexual em particular ("Eu acredito que o meu comportamento sexual atual tem ... ") colocou-os em risco de infeção

pelo VIH; formato de resposta numa escala de quatro pontos (0 = sem risco, 1 = baixo risco, 2 = risco moderado, 3 = alto risco). Uma pergunta avalia se discute o perigo do VIH e prevenção com o/a parceiro/a (falando sobre SIDA e prevenção de SIDA - um item), utilizando uma escala de três pontos (0 = raramente ou nunca, 1 = com alguns parceiros, mas não outros, 2 = com cada parceiro). Estas são três questões isoladas sobre um tópico, mas não uma escala.

Partner HIV Risk Behavior (Hobfoll, 2002; versão portuguesa Costa e McIntyre, 2002). A percepção de risco sobre o parceiro é medida por quatro itens que avaliam as crenças em quatro áreas: se os seus parceiros alguma vez usaram drogas injetáveis no passado; se os seus parceiros tiveram outros parceiros sexuais durante o ano passado; se os seus parceiros tiveram relações sexuais com outros homens/mulheres nos últimos cinco anos; se os seus parceiros tinham estado na prisão nos últimos cinco anos. As respostas foram registadas em escala de três pontos (0 = não, 1 = talvez, não sei ao certo e 2 = sim) e um indicador global para o risco de parceiro foi calculada pela soma dos quatro itens. O alfa de Cronbach em estudos realizados foi de $\alpha=.57$.

Current safer sex practices (Hobfoll, 2002; versão portuguesa de (Costa e McIntyre, 2002). Esta escala constitui uma medida das práticas de sexo seguro atuais com itens que abordam a prática atual de comportamentos sexualmente seguros e intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros (e.g., comprei ou obtive preservativos recentemente, tenho a intenção de comprar ou obter preservativos, confio no meu parceiro para que traga preservativos). Os participantes classificam se pretendem realizar estes comportamentos numa escala de quatro pontos (não, ocasionalmente, frequentemente ou sempre ou quase sempre que tenho sexo). A fidelidade *split-half* para a escala de práticas sexuais seguras foi de .73 e a fidelidade teste-reteste no seguimento de 3 meses foi de .68.

Barriers Against Safer Sex Behavior Scale: Reasons for not practicing safer-sex (Hobfoll, 2002; versão portuguesa de Costa e McIntyre, 2002). As barreiras para comportamentos contra o sexo seguro avaliadas por 11 itens sobre as razões para não praticar comportamentos de sexo seguro em relações sexuais numa escala de quatro pontos (variando de 0 = discordo fortemente a 3 = concordo). Os itens foram agrupados em cinco subescalas e um total para cada subescala. Um item sobre a abstinência ("Eu escolhi ser abstinente"); três itens avaliam a ausência de percepção de risco ("Meu parceiro não está em risco"; "Eu sei que o meu parceiro (s) não está infetado porque ele / eles fizeram o teste do HIV"; $\alpha = 0,66$); dois itens foram escolhidos como medida de atitudes negativas face a comportamentos sexuais mais seguros ("Acho que práticas sexuais mais seguras interferem com a espontaneidade e

fazer o que eu quero"; $\alpha = 0,71$); dois itens foram tomados como indicadores de atitude do parceiro percebida como negativa ("Meu parceiro(s) não gosta de práticas sexuais mais seguras"; $\alpha = 0,87$), finalmente, três itens avaliam a baixa autoeficácia percebida na comunicação ("Eu não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso"; $\alpha = 0,70$).

STD markers (Hobfoll, et al., 2002; versão portuguesa de Costa e McIntyre, 2002). Os participantes realizaram autorrelatos de potenciais Ist's durante a história de vida ("Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?"); adicionalmente, proporcionaram informação se foram testados em relação ao VIH e qual foi o resultado do mesmo ("Alguma vez o seu teste foi positivo para o VIH?"). O autorrelato para as Ist's tem sido considerado como um método de confiança para avaliar a sua presença ou ausência.

Questionnaire Alcohol and drug use, de (Hobfoll e al. 2002; versão portuguesa de (Costa e McIntyre, 2002), para avaliar a frequência de utilização de bebidas alcoólicas ou uso de drogas nos últimos dois meses e o número de ocasiões em que beberam quatro ou mais bebidas com álcool e beberam álcool antes de terem relações sexuais (seis itens) ("Durante as últimas duas semanas, quantas vezes ...bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool: cerveja, vinho, whisky?"). Adicionalmente, foram considerados mais quatro itens relativos aos mesmos períodos de avaliação que avaliam a frequência do uso de drogas (e.g., marijuana, cocaína) e o uso das mesmas antes de terem relações sexuais ("Durante as últimas duas semanas, quantas vezes ... usou drogas antes de ter relações sexuais?").

Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa IBM SPSS® versão 22.0 para *Windows*. No sentido de se testarem as hipóteses e determinar os testes a usar procedeu-se, à avaliação da normalidade das distribuições e homogeneidade da variância. Assim, quando os corolários para a utilização de testes paramétricos estavam presentes, recorreu-se à sua utilização. Foi igualmente testada a presença de multicolinearidade sendo que o valor de VIF foi aceitável em todas as variáveis (inferior a 2) (Field, 2009). Para analisar as diferenças entre homens e mulheres em relação às variáveis cognitivas e comportamentais (H1) utilizou-se o teste t para amostras independentes. O teste de Correlação de Pearson foi usado para perceber a relação entre as variáveis cognitivas e comportamentais com as práticas sexuais seguras preparatórias (H2) e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais (H3). Para conhecer os preditores das práticas sexuais seguras preparatórias (H4) foi utilizado o teste de regressão linear hierárquico (método *enter*). No bloco 1 foi introduzida a idade, no bloco 2 a autoeficácia na negociação e geral, no bloco 3, os conhecimentos

relacionados com a transmissão e prevenção do VIH, no bloco 4 introduziu-se o risco do parceiro, no bloco 5 as variáveis relativas às barreiras sociocognitivas, no sexto bloco incluiu-se a história de Ist's e no sétimo e oitavo blocos incluíram-se os consumos de álcool e drogas respetivamente. Para testar a hipótese cinco, identificar os preditores do uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, procedeu-se igualmente a uma análise de regressão hierárquica. O primeiro bloco da regressão hierárquica incluiu a idade, o género e a orientação sexual, o segundo bloco a autoeficácia na negociação e geral, o terceiro bloco incluiu os conhecimentos relacionados com a transmissão e a prevenção do VIH, o quarto bloco incluiu os comportamentos sexuais de maior risco, o quinto bloco incluiu as práticas sexuais seguras preparatórias, o sexto bloco as barreiras sociocognitivas, o sétimo bloco incluiu a história de Ist's e os oitavo e nono blocos incluíram os consumos de álcool e drogas respetivamente. Por fim, para testar a hipótese 6, o papel moderador das variáveis sociodemográficas na relação entre a perceção de risco e as práticas sexuais preparatórias seguras, e a hipótese 7, o papel moderador das variáveis sociodemográficas na relação entre a perceção de risco e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, foi realizada uma moderação com recurso à macro Process de Hayes e Matthes desenvolvida para SPSS (Hayes, 2013). Em todas as análises estatísticas foi considerado um $\alpha < .05$.

Resultados

Descrição da amostra

A amostra deste estudo é constituída no total por 308 sujeitos, dos quais 210 (68.2%) são homens e 98 (31.8%) são mulheres com idades compreendidas entre os 16 e os 64 anos ($M = 29.47$; $DP = 9.36$). São na sua maioria da zona urbana (76%), com habilitações ao nível do ensino superior (63%), de origem caucasiana (93.8%) e a viver com outras pessoas (77.6%), como por exemplo, pais, amigos, marido, filhos, entre outros. Mais de metade da amostra tem orientação heterossexual (73%), não coabita com o parceiro (84.4), segue a religião católica não praticante (48.4%), são religiosos (67.5%), mas não vão à missa (68.2%) e a maioria tem rendimento anual inferior a 3000€ (46.1%). Nenhuma das mulheres participantes estava grávida na altura da recolha dos dados, mas 21 (6.8%) já estiveram grávidas alguma vez, sendo que, o número de filhos varia entre 0 e 9 ($M = 0.28$; $DP = 1.12$).

Tabela 1. Características sociodemográficas (N = 308)

	Amostra Total (N = 308)	
	<i>N</i>	%
Idade		<i>M</i> = 29.47 <i>SD</i> = 9.36
Origem		
Rural	74	24.0
Urbano	234	76.0
Escolaridade		
Até 3º ciclo	36	11.7
Ensino secundário	78	25.3
Ensino superior	194	63
Origem étnica		
Branca	289	93.8
Outra	19	6.2
Ter emprego		
Não	119	38.8
Sim	188	61.2
Orientação sexual		
Heterossexual	224	73
Homossexual	64	20.8
Bissexual	19	6.2
Coabitação		
Com outras pessoas	239	77.6
Sozinho(a)	69	22.4
Estado civil		
Casados/união de facto	48	15.6
Solteiros/divorciado/se parado/viúvo	260	84.4
Religião		
Católica praticante	59	19.2
Católica não praticante	149	48.4
Sem religião	83	26.9
Outras religiões	17	5.5
Considera-se religioso		
Não	100	32.5
Mais ou menos	93	30.2
Sim	115	37.3
Ir à missa		
Não	210	68.2
Às vezes	69	22.4
Sim	29	9.4
Rendimento anual		
Menos de 3000€	142	46.1
Entre os 3000€ e os 6000€	42	13.6
Entre os 6000€ e os 12000€	66	21.4
Mais de 12000€	58	18.8
Está grávida?		
Não	99	32.1
Não se aplica	209	67.9
Já esteve grávida?		
Não	77	25.1
Sim	21	6.8
Não se aplica	209	68.1
Número de filhos		<i>M</i> = 0.28 <i>SD</i> = 1.12

Relativamente às variáveis comportamentais, aquilo que se verifica é que o número de parceiros sexuais até ao momento da recolha varia entre 0 e 100 ($M = 7.99$; $DP = 12.10$), sendo que, a maior parte tem parceiro sexual atual (69.2%) e este é o único parceiro (60.7%) e a duração das relações é no mínimo 10 semanas e no máximo 34 anos, sendo que para a maioria é muito importante manter a relação mais recente (45.4%).

No que diz respeito aos comportamentos sexuais nos últimos seis meses, a frequência de relações sexuais vaginais foi, em média, 17.23 ($DP = 27.27$) e a frequência de uso do preservativo foi 10.35 ($DP = 20.89$). Em relação à frequência de sexo oral, a média foi 16.28 ($DP = 24.69$) e a frequência de uso do preservativo foi, em média 6.03 ($DP = 17.63$). No que diz respeito à frequência de relações sexuais anais a média foi 6.94 ($DP = 16.54$) e a frequência de uso de preservativo foi 6.70 ($DP = 18.35$). Pelos dados obtidos, pode ainda verificar-se que em média, nos últimos seis meses os inquiridos praticaram qualquer tipo de relação sexual com 7.39 pessoas ($DP = 17.11$), apenas 0.52 ($DP = 3.87$) vendeu sexo por dinheiro ou drogas e, nos últimos quatro atos sexuais, a média de uso do preservativo é 6.18 ($DP = 12.31$).

Do total de inquiridos, 15.3% indicaram já ter contraído alguma doença sexualmente transmissível, nomeadamente, 0.3% contraiu hepatite B, 5.8% teve gonorreia, 2.6% teve sífilis, 1.3% teve herpes genital, 1.6% contraiu clamidíase, 3.6% teve herpes, 0.6% teve tricomoníase e 2.3% teve piolhos púbicos. De referir que todos fizeram o teste do VIH e nenhum foi positivo.

Quanto ao consumo de álcool em média, 18.21 ($DP = 27.74$) consumiram uma ou mais bebidas, 11.94 ($DP = 24.08$) consumiram quatro ou mais e 6.99 ($DP = 18.30$) relataram consumo de álcool antes de ter relações sexuais.

Quanto ao consumo de drogas, em média, 3.95 ($DP = 16.45$) consumiram drogas nos últimos dois meses e 2.48 ($DP = 12.56$) relataram consumo de drogas antes de ter relações sexuais.

Tabela 2. Características comportamentais da amostra (N = 308)

	Amostra Total	
	N = 308	
	<i>N</i>	%
Qual a vontade do parceiro em usar preservativo	<i>M</i> = 3.19	
	<i>DP</i> = 1.54	
O seu parceiro atual é o seu único parceiro?		
Não	120 (39.1)	39.1
Sim	187 (60.9)	60.9
Atualmente tem parceiro sexual?		
Não	95 (30.8)	30.8
Sim	213 (69.2)	69.2
Importância em manter o relacionamento	<i>M</i> = 3.69	
	<i>DP</i> = 1.51	
N.º parceiros sexuais ao momento	7.99	12.1
Alguma vez teve alguma doença sexualmente transmissível		
Não	261	84.7
Sim	47	15.3
Se sim, que tipo de doença		
Hepatite B	1	0.3
Gonorréia	18	5.8
Sífilis	8	2.6
Herpes genital	4	1.3
Clamídia	5	1.6
Herpes	11	3.6
Tricomoníase	2	0.6
SIDA/HIV	0	0
Piolhos púbicos	7	2.3
Uso consistente do preservativo		
Vaginal		
Sim	164	53.2
Não	144	46.8
Oral		
Sim	109	35.4
Não	199	64.6
Anal		
Sim	239	77.6
Não	69	22.4
Com quantas pessoas teve relações sexuais	7.39	17.1
Quantas vezes vendeu sexo por dinheiro ou por drogas	0.52	3.9
Durante os últimos quatro atos sexuais em que se envolveu, quantas vezes usou preservativo	6.18	12.3
Durante os últimos dois meses...		
N.º de vezes que bebeu 1 ou mais tipos de bebida c/ álcool	18.21	27.7
N.º de vezes que bebeu 4 ou mais tipos de bebida c/ álcool	11.94	24.1
N.º de vezes que bebeu álcool antes de ter relações sexuais	6.99	18.3
Usou drogas	3.95	16.5
Usou drogas antes de ter relações sexuais	2.48	12.6

Relativamente à percepção de risco, 7.8% consideram que não há risco de contrair VIH na comunidade, 36.4% consideram que há um baixo risco, 39.9% considerem que há um risco moderado e 15.9% consideram que há um elevado risco. Quanto à percepção de risco pessoal de contrair o VIH, 19.2% acreditam que estão sem risco, 48.4% em baixo risco, 22.4% em risco moderado e 10.1% em risco elevado.

Tabela 3. Percepção de risco

Percepção de risco	Sem risco		Baixo risco		Risco moderado		Risco elevado	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Percepção do risco na comunidade	24	7.8	112	36.4	123	39.9	49	15.9
Percepção de risco pessoal	59	19.2	149	48.4	69	22.4	31	10.1

Quando questionados acerca da abordagem com o parceiro sobre o VIH, nomeadamente dos perigos e da prevenção, 26.0% revelou que raramente ou nunca aborda este assunto com o parceiro, 30.8% fazem-no com alguns, mas não com outros e 43.2% fazem-no com todos os parceiros.

Tabela 4. Perigo e prevenção do VIH com o parceiro

	Raramente ou nunca		Com alguns, mas não com outros		Com todos os parceiros	
	N	%	N	%	n	%
Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA	80	26.0	95	30.8	133	43.2

Quanto às variáveis cognitivas, obtiveram-se valores acima da média na autoeficácia na negociação do preservativo ($M = 37.50$; $DP = 9.72$). De forma semelhante, na autoeficácia geral verificam-se valores acima da média ($M = 45.65$; $DP = 7.59$). Relativamente às barreiras para não praticar sexo seguro, verifica-se um valor abaixo da média ($M = 10.62$; $DP = 4.81$).

Tabela 5. Características cognitivas

	Mínimo	Máximo	M	DP
Autoeficácia na negociação	0	45	37.50	9.72
Autoeficácia geral	25	70	45.65	7.59
Barreiras p/ não praticar sexo seguro	0	25	10.62	4.81
Ausência de percepção de baixo risco	0	9	3.38	1.73
Atitudes negativas	0	6	1.83	1.44
Atitudes do parceiro percebidas cm negativas	0	6	2.87	1.65
Baixa autoeficácia percebida na comunicação	0	8	1.88	1.96
Abstinência	0	3	.66	.96

Em relação aos conhecimentos acerca da transmissão e prevenção do VIH, os resultados demonstram maior percentagem de respostas certas quer na questão relacionada com a transmissão (82.3%) quer na questão relacionada com a prevenção (76.0%).

Tabela 6. Conhecimentos acerca da transmissão e prevenção do VIH

	Respostas certas		Respostas erradas	
	N	%	N	%
Conhecimentos	3433	79.6	879	20.4
Conhecimentos relacionados c/ a transmissão do VIH	2028	82.3	436	17.7
Conhecimentos relacionados c/ a prevenção do VIH	1405	76.0	443	23.9

Quanto ao risco do parceiro, verifica-se que a maior parte dos inquiridos acha que o seu parceiro nunca usou drogas injetáveis (79.2%), teve outros parceiros sexuais no último ano (61.0%), não esteve na prisão durante os últimos anos (93.8%) nem teve relações sexuais com outros homens/mulheres nos últimos cinco anos (47.4%).

Tabela 7. Risco do parceiro

Acha que algum dos seus parceiros sexuais...	Não		Talvez		Sim	
	n	%	n	%	n	%
...alguma vez usou drogas injetáveis?	244	79.2	36	11.7	28	9.1
...teve outros parceiros sexuais no ano passado?	87	28.2	33	10.7	188	61.0
...esteve na prisão durante os últimos 5 anos?	289	93.8	6	1.9	13	4.2
...teve relações sexuais com outros homens/mulheres nos últimos 5 anos?	146	47.4	18	5.8	144	46.8

Em relação às práticas sexuais seguras preparatórias, os resultados mostram que a maioria dos inquiridos não comprou preservativos recentemente (26.0%), mas tem a intenção de os comprar ou obter (37.7%). Verifica-se ainda que a maior parte não confia no parceiro para que traga preservativos (37.7%).

Tabela 8. Práticas sexuais seguras preparatórias

Práticas sexuais seguras preparatórias	Não		Ocasionalmente		Frequentemente		Sempre ou quase sempre	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Comprei ou obtive preservativos recentemente	80	26.0	56	18.2	70	22.7	102	33.1
Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos	46	14.9	60	19.5	86	27.9	116	37.7
Confio no meu parceiro para que traga preservativos	116	37.7	80	26.0	60	19.5	52	16.9

Análise Inferencial

H1

Para analisar a hipótese um procedeu-se ao teste t para amostras independentes e ao teste de qui-quadrado. Verifica-se que os homens apresentam maiores índices de autoeficácia na negociação ($M = 37.89$; $DP = 9.49$) quando comparados com as mulheres ($M = 36.67$; $DP = 10.21$). A análise estatística efetuada revela que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($t_{(305)} = 1.026$, $p = .306$). De forma semelhante, os homens revelam maior autoeficácia geral ($M = 46.15$; $DP = 7.26$) do que as mulheres ($M = 44.58$; $DP = 8.18$), sendo que, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.692$, $p = .092$).

Relativamente aos conhecimentos relacionados com a transmissão do VIH, verifica-se que os homens revelam mais conhecimentos ($M = 6.68$; $DP = 1.77$) do que as mulheres ($M = 6.39$; $DP = 1.84$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.317$, $p = .189$). Por seu turno, as mulheres revelam maiores conhecimentos relacionados com a prevenção do VIH ($M = 4.69$; $DP = 1.20$) quando comparadas com os homens ($M = 4.50$; $DP = 1.23$). O teste estatístico indica que as diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = -1.299$, $p = .195$).

Relativamente ao risco do parceiro aquilo que se verifica é que, os homens apresentam maior perceção do risco do parceiro ($M = 2.84$; $DP = 1.74$) do que as mulheres ($M = 2.53$; $DP = 1.54$), sendo que, a análise estatística efetuada revela que estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.495$, $p = .136$). por outro lado, os homens revelam mais práticas seguras na atividade sexual atual ($M = 4.85$; $DP = 2.38$) do que as mulheres ($M = 4.29$; $DP = 2.82$), sendo que, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.819$, $p = .070$).

Em relação às barreiras para não praticar sexo seguro, os dados obtidos indicam que as mulheres apresentam pontuações mais elevadas ($M = 10.84$; $DP = 4.76$) do que os homens ($M = 10.51$; $DP = 4.84$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(305)} = -0.551$, $p = .582$). Relativamente às subescalas, as mulheres apresentam pontuações mais elevadas ($M = 3.52$; $DP = 1.74$) do que os homens ($M = 3.31$; $DP = 1.74$) na ausência de percepção de baixo risco. O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(305)} = -0.963$, $p = .337$). Em relação às atitudes negativas, os homens apresentam valores mais elevados ($M = 1.96$; $DP = 1.50$) do que as mulheres ($M = 1.57$; $DP = 1.28$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas ($t_{(305)} = 2.197$, $p < .05$). As mulheres apresentam ainda valores mais elevados ($M = 2.96$; $DP = 1.74$) do que os homens ($M = 2.83$; $DP = 1.61$) nas atitudes do parceiro percebidas como negativas. O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(305)} = -0.650$, $p = .516$). Relativamente à baixa autoeficácia percebida na comunicação, as mulheres apresentam valores mais baixos ($M = 1.98$; $DP = 2.13$) do que os homens ($M = 1.83$; $DP = 1.87$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(304)} = -0.611$, $p = .542$).

Relativamente aos consumos nos últimos dois meses, aquilo que se verifica é que os homens ($M = 20.24$; $DP = 28.53$) consumiram mais vezes um ou mais tipos de bebida com álcool do que as mulheres ($M = 13.86$; $DP = 25.56$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.888$, $p = .060$). De forma semelhante, os homens ($M = 13.53$; $DP = 25.16$) consumiram mais vezes quatro ou mais bebidas com álcool do que as mulheres ($M = 8.52$; $DP = 21.30$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 1.707$, $p = .089$). De igual forma, os homens ($M = 7.36$; $DP = 17.27$) consumiram mais vezes álcool antes de terem relações sexuais do que as mulheres ($M = 6.19$; $DP = 20.43$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = 0.519$, $p = .604$).

Quanto ao consumo de drogas nos últimos dois meses, verifica-se que as mulheres ($M = 5.73$; $DP = 21.59$) consumiram mais vezes drogas do que os homens ($M = 3.12$; $DP = 13.37$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = -1.299$, $p = .195$). De forma semelhante, as mulheres ($M = 3.41$; $DP = 17.24$) usaram drogas antes de ter relações sexuais mais vezes do que os homens ($M = 2.05$;

$DP = 9.66$). O teste efetuado indica que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(306)} = -0.885, p = .377$).

Tabela 9. Diferenças de gênero

Variável	Homens ($n = 210$) Média	Mulheres ($n = 98$) Média	t
Autoeficácia na negociação	37.89	36.67	1.026
Autoeficácia geral	46.15	44.58	1.692
Conhecimentos relacionados c/ a transmissão do VIH	6.68	6.39	1.317
Conhecimentos relacionados c/ a prevenção do VIH	4.50	4.69	-1.299
Risco do parceiro	2.84	2.53	1.495
Práticas sexuais seguras	4.85	4.29	1.819
Barreiras p/ não praticar sexo seguro	10.51	10.84	-0.551
Ausência de percepção de baixo risco	3.32	3.52	-0.963
Atitudes negativas	1.96	1.57	2.197*
Atitudes do parceiro percebidas como negativas	2.83	2.96	-0.650
Baixa autoeficácia percebida na comunicação	1.83	1.98	-0.611
N.º de vezes que bebeu 1 ou mais tipos de bebida c/ álcool	20.24	13.86	1.888
N.º de vezes que bebeu 4 ou mais tipos de bebida c/ álcool	13.53	8.52	1.707
N.º de vezes que bebeu álcool antes de ter relações sexuais	7.36	6.19	0.519
Usou drogas	3.12	5.73	-1.299
Usou drogas antes de ter relações sexuais	2.05	3.41	-0.885

Nota. * $p < .05$

Em relação à percepção de risco, verifica-se que não existe associação entre o gênero e a percepção de risco na comunidade ($X^2_{(3)} = 2.860; p = .414$). De forma semelhante, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre o gênero e a percepção de risco pessoal ($X^2_{(3)} = 5.244; p = .155$). Relativamente à abordagem sobre os perigos e prevenção da

SIDA com o parceiro também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{(3)} = .507$; $p = .776$).

Tabela 10. Diferenças de género na perceção de risco

Variável	Homens (<i>n</i> = 210)		Mulheres (<i>n</i> = 98)		<i>X</i> ²
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Perceção de risco na comunidade					
Sem risco	17	8.1	7	7.1	2.860
Baixo risco	71	33.8	41	41.8	
Risco moderado	90	42.9	33	33.7	
Risco elevado	32	15.2	17	17.3	
Perceção de risco pessoal					
Sem risco	35	16.7	24	24.5	5.244
Baixo risco	103	49.0	46	46.9	
Risco moderado	53	25.2	16	16.3	
Risco elevado	19	9.0	12	12.2	
Converso sobre a SIDA					
Raramente ou nunca	52	24.8	28	28.6	.507
Com alguns, mas não com outros	66	31.4	29	29.6	
Com todos os parceiros	92	43.8	41	41.8	

Relativamente aos marcadores de Ist's os resultados da análise estatística indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2_{(1)} = 5.598$; $p < .05$). Quanto aos marcadores do VIH, os resultados mostram que todos os inquiridos fizeram o teste e nenhum foi positivo.

Em relação ao uso consistente do preservativo verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o género nas relações sexuais vaginais ($\chi^2_{(1)} = 5.598$; $p < .001$) e nas relações sexuais anais ($\chi^2_{(1)} = 6.903$; $p < .05$).

Encontraram-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em relação à vontade do parceiro em usar preservativo ($t_{(305)} = 2.668$, $p < .01$) e no número de parceiros até ao momento da recolha ($t_{(297)} = 2.608$, $p < .05$).

Tabela 11. Diferenças de género

Variável	Homens (<i>n</i> = 210)		Mulheres (<i>n</i> = 98)		<i>X</i> ²
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Alguma vez teve uma IST's					
Sim	39	18.6	8	8.2	5.598*
Não	171	81.4	90	91.8	
Uso consistente do preservativo – vaginal					
Sim	127	60.5	37	37.8	13.856***
Não	83	39.5	61	62.2	
Uso consistente do preservativo – oral					
Sim	72	34.3	37	37.8	.352
Não	138	65.7	61	62.2	
Uso consistente do preservativo – anal					
Sim	154	73.3	85	96.7	6.903**
Não	56	26.7	13	13.3	
Parceiro atual é o único					
Sim	123	58.9	64	65.3	1.167
Não	86	41.1	34	34.7	
Atualmente tem parceiro sexual					
Sim	141	67.1	72	73.5	1.254
Não	69	32.9	26	26.5	
Vontade do parceiro em usar preservativo		<i>M</i> = 3.34 <i>DP</i> = 1.49	<i>M</i> = 2.85 <i>DP</i> = 1.59		2.668**
Importância em manter o relacionamento		<i>M</i> = 3.68 <i>DP</i> = 1.48	<i>M</i> = 3.71 <i>DP</i> = 1.57		
N.º de parceiros		<i>M</i> = 9.24 <i>DP</i> = 13.98	<i>M</i> = 5.38 <i>DP</i> = 5.93		2.608*

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

H2

Para testar a hipótese dois procedeu-se ao teste de correlação de Pearson. Os resultados mostram uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras preparatórias e a autoeficácia na negociação ($r = .294$; $p < .001$), autoeficácia geral ($r = .154$; $p < .01$) e conhecimentos relacionados com a transmissão do VIH ($r = .163$; $p < .01$). Encontrou-se ainda uma relação negativa e estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras preparatórias e as barreiras para não praticar sexo seguro ($r = -.294$; $p < .001$), atitudes negativas ($r = -.223$; $p < .001$) e baixa autoeficácia percebida na comunicação ($r = -.288$; $p < .001$). Por outro lado, não se encontrou relação estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras e perceções de risco, história de Ist's e consumo de álcool e drogas.

Tabela 12. Associação entre variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.PRÁTICAS	-												
2.AEN	.294**	-											
3.AEG	.154**	.293**	-										
4.CTRANS	.163**	.080	.065	-									
5.CPREV	.040	.132*	.085	.400**	-								
6.RISCO	.112	.120*	-.026	-.010	.127*	-							
7.BARREIRAS	-.249**	-.303**	-.038	-.081	-.029	-.103	-						
8.IST's	-.073	-.122*	-.133*	-.028	-.070	.151**	.011	-					
9.C1OU+	.082	.023	.097	-.015	-.070	.076	.005	-.026	-				
10.C4OU+	.047	.004	.096	-.069	-.103	.077	.020	-.037	.833**	-			
11.CSEX	.099	-.042	.092	-.028	-.085	.010	.049	-.003	.671**	.770**	-		
12.CD	.000	-.064	.001	-.005	-.073	.025	.035	-.024	.438**	.543**	.504**	-	
13.CDSEX	.036	-.117*	.031	.024	-.093	-.023	.042	.006	.385**	.477**	.552**	.816**	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$;

AEN = autoeficácia na negociação; AEG = autoeficácia geral; CTRANS = conhecimentos relacionados com a transmissão; CPREV = conhecimentos relacionados com a prevenção; RISCO = risco do parceiro; BARREIRAS = barreiras sociocognitivas; Ist's = história de Ist's; C1OU+ = consumo de uma ou mais bebidas com álcool; C4OU+ = consumo de quatro ou mais bebidas com álcool; CSEX = bebeu álcool antes de ter relações sexuais; CD = usou drogas; CDSEX = usou drogas antes de ter relações sexuais

H3

Para testar a hipótese três procedeu-se igualmente ao teste de correlação de Pearson. Os resultados evidenciam uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o uso do preservativo e as práticas sexuais seguras preparatórias ($r = .251$; $p < .01$), o consumo de uma ou mais bebidas com álcool ($r = .169$; $p < .01$), o consumo de quatro ou mais tipos de bebida com álcool ($r = .172$; $p < .01$), com o consumo de álcool antes de ter relações sexuais ($r = .138$; $p < .05$), com o uso de drogas ($r = .113$; $p < .05$) e com o uso de drogas antes das relações sexuais ($r = .150$; $p < .05$).

Tabela 13. Associação entre variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.UPU4	-													
2.AEN	.044	-												
3.AEG	-.056	.293**	-											
4.CTRANS	-.018	.080	.065	-										
5.CPREV	-.099	.132*	.085	.400**	-									
6.RISCO	.041	.120*	-.026	-.010	.127*	-								
7.PRÁTICAS	.251**	.294**	.154**	.163**	.040	.112	-							
8.BARREIRAS	-.090	-.303**	-.038	-.081	-.029	-.103	-.249**	-						
9.IST's	.033	-.122*	-.133*	-.028	-.070	.151**	-.073	.011	-					
10.C1OU+	.169**	.023	.097	-.015	-.070	.076	.082	.005	-.026	-				
11.C4OU+	.172**	.004	.096	-.069	-.103	.077	.047	.020	-.037	.833**	-			
12.CSEX	.138*	-.042	.092	-.028	-.085	.010	.099	.049	-.003	.671**	.770**	-		
13.CD	.113*	-.064	.001	-.005	-.073	.025	.000	.035	-.024	.438**	.543**	.504**	-	
14.CDSEX	.150**	-.117*	.031	.024	-.093	-.023	.036	.042	.006	.385**	.477**	.552**	.816**	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$;

UPU4 = uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; AEN = autoeficácia na negociação; AEG = autoeficácia geral; CTRANS = conhecimentos relacionados com a transmissão; CPREV = conhecimentos relacionados com a prevenção; RISCO = risco do parceiro; Práticas = práticas sexuais seguras preparatórias; BARREIRAS = barreiras sociocognitivas; Ist's = história de Ist's; C1OU+ = consumo de uma ou mais bebidas com álcool; C4OU+ = consumo de quatro ou mais bebidas com álcool; CSEX = beveu álcool antes de ter relações sexuais; CD = usou drogas; CDSEX = usou drogas antes de ter relações sexuais

H4

Para analisar as variáveis preditoras das práticas sexuais seguras preparatórias procedeu-se a uma regressão hierárquica. Primeiramente analisou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade, religião, meio de origem e orientação sexual) e a variável dependente (práticas sexuais seguras preparatórias) para determinar aquelas que entrariam como covariáveis. Apenas a idade ($r = -.213$; $p = .000$) se relacionou de forma estatisticamente significativa com a variável dependente. Neste sentido, o primeiro bloco da regressão hierárquica inclui a idade, o segundo bloco a autoeficácia na negociação e geral, o terceiro bloco inclui os conhecimentos relacionados com a transmissão e a prevenção do VIH, o quarto bloco inclui os comportamentos sexuais de maior risco, o quinto bloco inclui as barreiras sociocognitivas, o sexto bloco inclui a história de Ist's e os sétimo e oitavo blocos incluem os consumos de álcool e drogas respetivamente.

O primeiro modelo, com a idade, explica 5% da variância e foi significativo ($F_{(1, 303)} = 15.632$, $p < .001$). O segundo modelo, ao qual foi adicionado a autoeficácia na negociação e geral, explica 7% de valor adicional e foi igualmente significativo ($R^2\text{change} = .071$, $F_{(2, 301)} = 13.648$, $p < .001$). O terceiro modelo, ao qual foram adicionados os conhecimentos de transmissão e prevenção, explica um valor adicional de 2.3% da variância ($R^2\text{change} = .023$, $F_{(5, 299)} = 9.920$, $p < .001$) e foi significativo. O quarto modelo, ao qual foi adicionado o risco, explica um valor adicional de 0.6% da variância ($R^2\text{change} = .006$, $F_{(6, 298)} = 8.666$, $p < .001$). O quinto modelo, ao qual foram adicionadas as barreiras sociocognitivas, explica um valor adicional de 2.3% da variância ($R^2\text{change} = .023$, $F_{(7, 297)} = 8.777$, $p < .001$). O sexto modelo, ao qual foi adicionado a história de IST's, explica um valor adicional de 0.2% da variância ($R^2\text{change} = .002$, $F_{(8, 296)} = 7.768$, $p < .001$). O sétimo modelo, ao qual foi adicionado o consumo de álcool, explica um valor adicional de 2% da variância ($R^2\text{change} = .021$, $F_{(11, 293)} = 6.428$, $p < .001$). Por fim, o oitavo modelo ao qual foi adicionado o consumo de drogas explica 0.3% de variância adicional ($R^2\text{change} = .003$, $F_{(13, 291)} = 5.507$, $p < .001$).

Com o modelo final, é possível concluir que a idade ($\beta = -.049$, $t = -3.336$, $p < .01$), a autoeficácia na negociação ($\beta = .046$, $t = 2.947$, $p < .05$), os conhecimentos

relacionados com a transmissão do VIH ($\beta = .211, t = 2.580, p < .01$), as barreiras para não praticar sexo seguro ($\beta = -.086, t = -2.948, p < .01$) e o número de vezes que bebeu álcool antes de ter relações sexuais ($\beta = .026, t = 2.137, p < .05$) são os fatores preditores das práticas sexuais seguras preparatórias.

Tabela 14. Preditores das práticas sexuais seguras preparatórias

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
BLOCO 1				
Constante	6.427	.469		13.706
Idade	-.060	.015	-.221	-3.954***
F(1, 303) = 15.632 R2 = .049***				
BLOCO 2				
Constante	2.575	1.027		2.507
Idade	-.048	.015	-.176	-3.209**
AEN	.061	.015	.236	4.107***
AEG	.026	.019	.079	1.395
Fchange(2, 301) = 12.085 R2 = .120 ΔR2= .071***				
BLOCO 3				
Constante	1.773	1.121		1.582
Idade	-.049	.015	-.180	-3.297**
AEN	.060	.015	.232	4.052***
AEG	.025	.019	.075	1.343
CTRANSM	.231	.082	.164	2.803**
CPREV	-.132	.122	-.064	-1.082
Fchange(2, 299) = 3.930 R2 = .142 ΔR2= .023*				
BLOCO 4				
Constante	1.464	1.138		1.287
Idade	-.047	.015	-.175	-3.209**
AEN	.058	.015	.223	3.869***
AEG	.027	.019	.081	1.440
CTRANSM	.239	.082	.170	2.903**
CPREV	-.156	.123	-.075	-1.268
RISCO	.121	.082	.081	1.481
Fchange(1, 298) = 2.195 R2 = .149 ΔR2= .006				
BLOCO 5				
Constante	2.758	1.212		2.276
Idade	-.046	.015	-.171	-3.181**
AEN	.045	.015	.174	2.934**
AEG	.030	.018	.090	1.621
CTRANSM	.223	.082	.159	2.734**
CPREV	-.144	.122	-.069	-1.180
RISCO	.105	.081	.070	1.288
BARREIRAS	-.084	.029	-.160	-2.862**
Fchange(1, 297) = 8.192 R2 = .171 ΔR2= .023**				

BLOCO 6

Constante	2.912	1.225		2.377
Idade	-.046	.015	-.171	-3.166**
AEN	.044	.015	.169	2.836**
AEG	.029	.019	.086	1.536
CTRANS	.225	.082	.160	2.748**
CPREV	-.151	.122	-.073	-1.238
RISCO	.117	.082	.078	1.415
BARREIRAS	-.084	.029	-.160	-2.868**
IST's	-.330	.380	-.047	-.868

Fchange(1, 296) = .753 R2 = .174 ΔR2= .002

BLOCO 7

Constante	3.047	1.220		2.497
Idade	-.049	.015	-.180	-3.336**
AEN	.045	.015	.175	2.943*
AEG	.026	.019	.077	1.383
CTRANS	.212	.081	.150	2.605**
CPREV	-.145	.122	-.070	-1.192
RISCO	.124	.082	.082	1.505
BARREIRAS	-.087	.029	-.165	-2.977**
IST's	-.374	.378	-.053	-.988
C1OU+	.010	.009	.111	1.132
C4OU+	-.024	.012	-.229	-2.001*
CSEX	.027	.011	.199	2.386*

Fchange(3, 293) = 2.533 R2 = .194 ΔR2= .021

BLOCO 8

Constante	3.090	1.226		2.521
Idade	-.049	.015	-.181	-3.336**
AEN	.046	.016	.177	2.947*
AEG	.024	.019	.072	1.289
CTRANS	.211	.082	.150	2.580**
CPREV	-.142	.122	-.069	-1.164
RISCO	.127	.083	.084	1.534
BARREIRAS	-.086	.029	-.164	-2.948**
IST's	-.390	.379	-.056	-1.028
C1OU+	.010	.009	.109	1.115
C4OU+	-.021	.012	-.198	-1.676
CSEX	.026	.012	.190	2.137*
CD	-.015	.015	-.101	-1.038
CDSEX	.013	.020	.067	.686

Fchange(2, 291) = .549 R2 = .197 ΔR2= .003

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H5

Para analisar as variáveis preditoras do uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais procedeu-se a uma regressão hierárquica. Primeiramente analisou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade, religião, meio de origem e orientação sexual) e a variável dependente (uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais) para determinar aquelas que entrariam como covariáveis. A idade ($r = -.123$; $p = .031$), o género ($r = .117$; $p = .040$), e a orientação sexual ($F_{(2, 3049)} = 4.052$; $p = .018$) relacionaram-se de forma estatisticamente significativa com a variável dependente. Neste sentido, o primeiro bloco da regressão hierárquica inclui a idade, o género e a orientação sexual, o segundo bloco a autoeficácia na negociação e geral, o terceiro bloco inclui os conhecimentos relacionados com a transmissão e a prevenção do VIH, o quarto bloco inclui os comportamentos sexuais de maior risco, o quinto bloco inclui as práticas sexuais seguras preparatórias, o sexto bloco as barreiras sociocognitivas, o sétimo bloco inclui a história de Ist's e os oitavo e nono blocos incluem os consumos de álcool e drogas respetivamente.

O primeiro modelo, com a idade, o género e a orientação sexual, explica 5% da variância e foi significativo ($F_{(4, 300)} = 4.025$, $p < .01$). O segundo modelo, ao qual foi adicionado a autoeficácia na negociação e geral, explica 0.5% de valor adicional e foi igualmente significativo ($R^2\text{change} = .005$, $F_{(6, 298)} = 2.933$, $p < .01$). O terceiro modelo, ao qual foram adicionados os conhecimentos de transmissão e prevenção, explica um valor adicional de 1% da variância ($R^2\text{change} = .010$, $F_{(8, 296)} = 2.597$, $p < .01$) e foi significativo. O quarto modelo, ao qual foi adicionado o risco do parceiro, explica um valor adicional de 0.1% da variância ($R^2\text{change} = .001$, $F_{(9, 304)} = 2.321$, $p < .01$). O quinto modelo, ao qual foram adicionadas as práticas sexuais preparatórias seguras explica um valor adicional de 5% da variância ($R^2\text{change} = .052$, $F_{(10, 294)} = 3.936$, $p < .001$). O sexto modelo, ao qual foram adicionadas as barreiras sociocognitivas, explica um valor adicional de 0.1% da variância ($R^2\text{change} = .001$, $F_{(11, 293)} = 3.595$, $p < .001$). O sétimo modelo, ao qual foi adicionado a história de Ist's, explica um valor adicional de 0.1% da variância ($R^2\text{change} = .001$, $F_{(12, 292)} = 3.323$, $p < .001$). O oitavo modelo, ao qual foi adicionado o consumo de álcool, explica um valor adicional de 1.7% da variância ($R^2\text{change} = .017$, $F_{(15, 289)} = 3.071$, $p < .001$). Por fim, o nono modelo ao qual

foi adicionado o consumo de drogas explica 0.6% de variância adicional (R^2 change = .006, $F_{(17, 287)} = 2.836$, $p < .001$).

Com o modelo final, é possível concluir que as práticas sexuais preparatórias seguras ($\beta = 1.168$, $t = 3.912$, $p < .001$) são o único fator preditor do uso consistente do preservativo.

Tabela 15. Preditores do uso do preservativo

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
BLOCO 1				
Constante	8.605	2.508		3.432
Idade	-.160	.075	-.121	-2.134*
Género	3.114	1.595	.118	1.952
HvsH	-1.035	1.834	-.034	-.564
HvsB	6.794	2.953	.133	2.301*
F(4, 300) = 4.025 R2 = .051*				
BLOCO 2				
Constante	11.597	5.295		2.190
Idade	-.154	.076	-.117	-2.028
Género	3.279	1.606	.124	2.042*
HvsH	-1.139	1.839	-.038	-.620
HvsB	6.402	2.976	.125	2.151*
AEN	.053	.076	.042	.693
AEG	-.114	.097	-.070	-1.177
Fchange(2, 298) = .762 R2 = .056 ΔR2= .005				
BLOCO 3				
Constante	14.352	5.799		2.475
Idade	-.147	.076	-.112	-1.938
Género	3.053	1.609	.116	1.898
HvsH	-1.462	1.869	-.048	-.782
HvsB	6.630	2.974	.130	2.229*
AEN	.069	.077	.054	.903
AEG	-.103	.097	-.064	-1.070
CTRANS	.184	.433	.027	.426
CPREV	-1.106	.638	-.109	-1.734
Fchange(2, 296) = 1.555 R2 = .066 ΔR2= .010				
BLOCO 4				
Constante	13.929	5.895		2.363
Idade	-.146	.076	-.110	-1.915
Género	3.048	1.611	.115	1.892
HvsH	-1.685	1.947	-.056	-.865
HvsB	6.458	3.007	.126	2.148*
AEN	.066	.077	.052	.859
AEG	-.101	.097	-.062	-1.042
CTRANS	.208	.437	.030	.476
CPREV	-1.154	.649	-.114	-1.778
RISCO	.185	.443	.025	.417
Fchange(1, 295) = .174 R2 = .066 ΔR2= .001				

BLOCO 5

Constante	12.256	5.753		2.130
Idade	-.089	.075	-.067	-1.175
Género	2.720	1.570	.103	1.732
HvsH	-1.976	1.897	-.065	-1.041
HvsB	6.150	2.928	.120	2.101*
AEN	-.003	.0770	-.002	-.038
AEG	-.132	.095	-.081	-1.394
CTRANS	-.055	.430	-.008	-.128
CPREV	-1.003	.633	-.099	-1.585
RISCO	.071	.432	.010	.165
PRATICAS	1.211	.291	.248	4.161***
Fchange(1, 294) = .17.311 R2 = .118 ΔR2= .052***				

BLOCO 6

Constante	13.549	6.254		2.167
Idade	-.090	.076	-.068	-1.184
Género	2.777	1.576	.105	1.762
HvsH	-2.146	1.926	-.071	-1.114
HvsB	5.954	2.955	.117	2.015*
AEN	-.014	.079	-.011	-.170
AEG	-.129	.095	-.079	-1.359
CTRANS	-.057	.431	-.008	-.132
CPREV	-1.003	.634	-.099	-1.583
RISCO	.070	.433	.010	.163
PRATICAS	1.186	.295	.243	4.018***
BARREIRAS	-.082	.154	-.032	-.531
Fchange(1, 293) = .282 R2 = .119 ΔR2= .001				

BLOCO 7

Constante	12.968	6.325		2.050
Idade	-.090	.076	-.068	-1.189
Género	2.723	1.580	.103	1.724
HvsH	-2.484	1.999	-.082	-1.243
HvsB	5.838	2.963	.114	1.970*
AEN	-.009	.080	-.007	-.113
AEG	-.123	.096	-.076	-1.287
CTRANS	-.045	.431	-.007	-.105
CPREV	-.998	.634	-.099	-1.573
RISCO	.046	.435	.006	.107
PRATICAS	1.198	.296	.245	4.047***
BARREIRAS	-.084	.154	-.033	-.548
IST's	1.298	2.023	.038	.641
Fchange(1, 292) = .411 R2 = .120 ΔR2= .001				

BLOCO 8

Constante	12.447	6.316		1.971
Idade	-.076	.076	-.058	-.999
Género	2.250	1.595	.085	1.411
HvsH	-1.720	2.021	-.057	-.851
HvsB	5.586	2.955	.109	1.890
AEN	-.003	.080	-.002	-.033
AEG	-.147	.096	-.091	-1.539
CTTRANS	-.058	.430	-.008	-.135
CPREV	-.832	.636	-.082	-1.309
RISCO	-.076	.437	-.010	-.173
PRATICAS	1.168	.299	.239	3.912***
BARREIRAS	-.089	.154	-.035	-.580
IST's	1.343	2.017	.039	.666
C1OU+	.031	.046	.069	.674
C4OU+	.036	.062	.070	.579
CSEX	.003	.059	.005	.051
Fchange(3, 289) = 1.936 R2 = .137 ΔR2= .017				

BLOCO 9

Constante	11.968	6.337		1.888
Idade	-.068	.076	-.051	-.886
Género	2.346	1.606	.089	1.461
HvsH	-1.542	2.024	-.051	-.762
HvsB	5.300	2.964	.104	1.788
AEN	.012	.080	.010	.152
AEG	-.155	.096	-.095	-1.613
CTTRANS	-.123	.432	-.018	-.284
CPREV	-.754	.638	-.074	-1.182
RISCO	-.060	.438	-.008	-.138
PRATICAS	1.160	.299	.237	3.879***
BARREIRAS	-.085	.154	-.033	-.555
IST's	1.219	2.019	.036	.604
C1OU+	.034	.046	.076	.741
C4OU+	.035	.064	.069	.554
CSEX	-.029	.063	-.043	-.460
CD	-.041	.076	-.055	-.542
CDSEX	.130	.100	.133	1.301
Fchange(2, 287) = 1.064 R2 = .144 ΔR2= .006				

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H6

Os resultados da análise da moderação indicam que a escolaridade não é moderadora da relação entre a percepção de risco e as práticas sexuais seguras preparatórias ($t = -.36$; $p > .05$).

Tabela 16. Escolaridade como moderadora da relação entre a percepção de risco e as práticas sexuais seguras preparatórias

Variáveis	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>t</i>
Práticas seguras	4.67	.14	
Escolaridade	.29	.19	1.51
Percepção de risco	.09	.03	2.57*
Escolaridade x Percepção de risco	-.02	.06	-.36

H7

Antes mesmo da realização da moderação verificou-se a não existência de correlação entre a percepção de risco e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais. Uma vez que não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, não foi possível proceder à análise da moderação, pelo que, não se confirmou a H7.

Discussão dos Resultados

Este trabalho teve como objetivo identificar e compreender os fatores associados com a prevenção do VIH, nomeadamente, as práticas sexuais seguras preparatórias e o uso do preservativo para futura aplicação em programas de prevenção.

Importa referir que todos os participantes avaliados já tinham realizado o teste ao VIH. De facto, na análise dos conhecimentos relacionados com a transmissão e prevenção do VIH pode verificar-se que uma percentagem bastante elevada de sujeitos reportou ter conhecimentos, o que pode ajudar a explicar que todos os participantes tenham realizado o teste.

Ao contrário do que era esperado, uma vez que a literatura demonstra que ser do sexo feminino está associado à realização do teste (Caldeira et al., 2012), na amostra em estudo foram os homens que, em grande maioria, realizaram o teste. Por sua vez, verifica-se que mais de metade têm habilitações ao nível do ensino superior e residem em zona urbana, resultado que vai de encontro a outros estudos que demonstraram que maior nível de escolaridade (Crystal et al., 2012; Tenkorang & Owusu, 2010) e residência urbana (MacPhail et al., 2009) são fatores associados com a realização do teste ao VIH. Para além disso, considerando que a média de idades ronda os 30 anos,

este resultado corrobora estudos anteriores que indicam que o facto de ser jovem está positivamente associado com a realização do teste (Wang et al., 2010).

Na análise das diferenças de género, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas na subescala atitudes negativas, sendo que, os homens apresentam médias mais elevadas que as mulheres. Quer isto dizer que, os homens colocam mais barreiras face ao sexo seguro. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores. Campbell et al. (2016) num estudo realizado com 331 mulheres e 398 homens verificaram que as mulheres reportaram menos barreiras do que os homens ao uso do preservativo. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo anterior (Calsyn et al., 2013).

Da análise da relação entre as práticas sexuais seguras preparatórias e as variáveis cognitivas e comportamentais, verificou-se que, por um lado, existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras preparatórias e a autoeficácia na negociação e geral e conhecimentos relacionados com a transmissão do VIH e, por outro lado, uma relação negativa e estatisticamente significativa entre as práticas sexuais seguras preparatórias e as barreiras para não praticar sexo seguro, as atitudes negativas e baixa autoeficácia percebida na comunicação. Ou seja, maior autoeficácia na negociação e geral e mais conhecimentos relacionados com transmissão do VIH estão relacionados com a adoção de práticas seguras preparatórias, ao passo que, quanto mais barreiras, atitudes mais negativas e autoeficácia mais baixa se relacionam com menos práticas seguras preparatórias. Vários estudos têm apresentado resultados semelhantes, nomeadamente, quanto à autoeficácia na negociação do preservativo (Crosby et al., 2013; French & Holland, 2013) e quanto ao baixo nível de barreiras face ao uso do preservativo (Elifson et al., 2010; Protogyrou & Turner-Cobb, 2011).

Relativamente ao uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, os resultados obtidos indicam que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre este e as práticas sexuais seguras preparatórias, os consumos de álcool e drogas. Estudos anteriores demonstraram que a preparação de comportamentos sexuais mais seguros prediz o uso do preservativo (Chandran et al., 2012). Mais recentemente, Costa et al. (2015) concluíram que comportamentos sexuais seguros preparatórios (e.g., comprar ou trazer preservativos) são preditores do uso do preservativo. Por outro lado, e ao contrário do que seria esperado, encontrou-se que mais consumo de álcool e drogas se relaciona de forma positiva com o uso do

preservativo. Estudos anteriores não encontraram qualquer relação entre o consumo de álcool e não usar preservativo (Morrison et al., 2003). Provavelmente, os sujeitos sabendo que vão a uma festa, ou vão consumir, previnem o comportamento de risco e utilizam o preservativo de forma mais consistente. De facto, Morrison e colaboradores (2003) concluíram no seu estudo que a probabilidade de uso do preservativo é maior quando os sujeitos planeavam ter relações sexuais do que quando acontecia de forma inesperada. Para além disso, a maior parte dos participantes não tinha consumido álcool nem drogas, provavelmente os consumos reportados pelos participantes neste estudo, não são de tal forma exagerados que alterem o autocontrolo do sujeito relativamente ao uso do preservativo.

Procurando identificar os preditores das práticas sexuais seguras preparatórias, foi possível concluir que ser mais jovem, mais autoeficaz na negociação, mais conhecimentos relacionados com a transmissão do VIH, menos barreiras para não praticar sexo seguro e maior número de vezes que bebeu álcool antes de ter relações sexuais são os fatores preditores. Num estudo realizado com estudantes do género masculino, Thanavanh, Harun-Or-Rashid, Kasuya e Sakamoto (2013) encontraram que sujeitos com conhecimentos médios ou elevados acerca do VIH tinham mais práticas preparatórias para o sexo seguro. Para além disso, estudos anteriores demonstraram que quem mostra confiança na comunicação para negociar práticas sexuais de menor risco, tem maior probabilidade de incorrer em relações sexuais desprotegidas (Sterk, Klein, & Elifson, 2003). De forma semelhante, Pérez-Jiménez, Satiago-Rivas e Serrano-Garcia (2009), com uma amostra de 447 sujeitos, concluíram que maior autoeficácia na negociação conduz a maior probabilidade de uso do preservativo, isto é, de práticas sexuais seguras preparatórias. Num estudo realizado por Chewning e colaboradores (2001) numa amostra de adolescentes, os autores concluíram que elevada autoeficácia nos comportamentos sexuais seguros constitui um fator de proteção de comportamentos de risco nos jovens. Mais recentemente, num estudo realizado com 177 mulheres jovens portuguesas, Costa, McIntyre e Trovisqueira (2016) concluíram que ter menos barreiras contra sexo seguro foi um preditor das práticas sexuais seguras preparatórias.

Relativamente ao uso do preservativo, as práticas sexuais seguras preparatórias apresentaram-se como o único fator preditor desta variável. Outros estudos demonstraram resultados semelhantes. Numa amostra de 134 raparigas, Matera (2014) concluiu que a disponibilidade do preservativo se relaciona com o seu uso, isto é, o facto de estarem prevenidos com preservativo, considerado uma prática sexual segura

preparatória, conduz os sujeitos a um uso mais consistente do mesmo. De forma semelhante, Costa et al. (2015) num estudo realizado em Portugal, encontraram que as práticas sexuais seguras preparatórias estão associadas ao uso do preservativo, concluindo que esta variável, a par com a intenção de praticar sexo seguro, desempenha um importante papel na tomada de decisão no uso do preservativo. Também um estudo realizado em Portugal, mas com homens entre os 18 e os 25 anos, Carvalho, Alvarez, Barz e Schwarzer (2015) encontraram que a intenção de praticar sexo seguro prediz as práticas preparatórias seguras que, por sua vez, predizem o uso do preservativo.

Por fim, os resultados da análise da moderação indicam que a escolaridade não é moderadora da relação entre a perceção de risco e o uso consistente do preservativo, ao contrário daquilo que a literatura tem demonstrado (Chandran et al., 2012).

Limitações do estudo

O presente estudo não está ausente de limitações que devem ser ponderadas de modo a não condicionarem resultados futuros. A natureza transversal do estudo e a recolha de dados através do autorrelato surgem desde logo como duas limitações a apontar. Para além disso, neste estudo participaram apenas sujeitos que tinham realizado o teste, pelo que, no futuro seria importante realizar outras investigações com sujeitos que não o tenham realizado, para desta forma, ser possível comparar e analisar as diferenças entre grupos. Seria também relevante compreender as relações entre estas variáveis em diferentes amostras, nomeadamente, tendo em conta, a orientação sexual.

Considerando que existem poucos estudos acerca desta temática em Portugal, sugere-se que, no futuro, se continue a avaliar esta problemática para que se possam obter resultados mais consistentes.

Implicações

Pese embora as limitações anteriormente apresentadas, os resultados obtidos trazem importantes implicações quer para a teoria neste âmbito, quer para os profissionais nesta área. Daqui resulta que, a disponibilidade de preservativos aumenta a probabilidade do seu uso. Para além disso, mais informação acerca da transmissão e prevenção do VIH, aumenta a probabilidade de ter práticas sexuais seguras preparatórias e, consequentemente, do uso do preservativo. Da relação entre a autoeficácia na negociação e as barreiras para praticar sexo seguro e as práticas sexuais seguras preparatórias resulta a necessidade de se intervir, sobretudo com os mais jovens,

ao nível destas variáveis cognitivas, para desta forma, potencializar as práticas seguras preparatórias e, ao mesmo tempo, o uso do preservativo, não só para evitar o VIH, mas também outras doenças sexualmente transmissíveis.

Conclusão

Com este estudo, pode concluir-se que os programas de intervenção devem centrar-se não só na alteração de comportamentos, mas sobretudo, trabalhar ao nível das cognições, como por exemplo, nas atitudes em relação ao sexo seguro, na comunicação entre o casal e nos conhecimentos sobre esta temática para assim, desta forma, promover-se as práticas sexuais seguras preparatórias e, consequentemente, o uso consistente do preservativo que, por sua vez, diminui a probabilidade da propagação de doenças sexualmente transmissíveis, em particular do VIH. Torna-se fundamental maior colaboração entre diferentes entidades, nomeadamente, escolas, centros de saúde e outras instituições onde se possa informar e promover práticas sexuais seguras preparatórias que, como visto anteriormente, são um importante preditor de comportamentos preventivos.

Referências Bibliográficas

- Adu-Oppong, A., Grimes, R., Ross, M., Risser, J., & Kessie, G. (2007). Social and behavioral determinants of consistent condom use among female commercial sex workers in Ghana. *AIDS Education and Prevention*, 19(2), 160–172. doi:10.1521/aeap.2007.19.2.160
- Agha, S. (2012). Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs. *Reproductive Health*, 9: 20. Doi: 10.1186/1742-4755-9-20.
- Artistico, D., Oliver, L., Dowd, S., Rothenberg, A., & Khalil (2014). The Predictive Role of Self-efficacy, Outcome Expectancies, Past Behavior and Attitudes on Condom Use in Sample of Female College Students. *Journal of European Psychology Students*, 5 (3), 100-107. Doi: <http://dx.doi.org/10.5334/jeps.cl>.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, (84), 191-215.
- Barkley, T. W., & Burns, L. J. (2000). Factor analysis of the Condom use Self-Efficacy Scale among multicultural College Students. *Health Education research*, 15(4), 485-489.
- Becker, M. H. (Ed) (1974a). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becker, M. H. (1974b). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419
- Bond, L., Lauby, J., & Batson, H. (2005). HIV testing and the role of individual- and structural- level barriers and facilitators. *AIDS Care*, 17(2), 125-140. doi:10.1080/09541020512331325653
- Caldeira, K. M., Singer, B. J., O'Grady, K. E., Vincent, K. B., & Arria, A. M. (2012). HIV testing in recent college students: Prevalence and correlates. *AIDS Education and Prevention*, 24(4), 363–376. doi:10.1521/aeap.2012.24.4.363

- Calsyn, D.A., Peavy M.K., Wells, E.A., Campbell, A.N.C., Hatch-Maillette, M.A., M.D. Greenfield, S.F., & Tross, S. (2013). Differences between men and Women in Condom Use, attitudes, and Skills in substance abuse treatment seekers. *Am J Addict*, 22 (2):150-157. Doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00312.x.
- Campbell,N.C., Brooks, A. J., Pavlicova, M., Hu, Mei-Chen., Hatch- Maillette, M.A., Calsyn, D.A., & Tross, S. (2016). Barriers to Condom Use: Results for Men and Woman Enrolled in HIV Risk Reduction Trials in Outpatient Drug Treatment. *J HIV AIDS*, 15(2): 130-146. Doi 10:108015381501.2016.1166090.
- Carvalho, T., Alvarez, M-J., Barz, M., Schuwarzer, R., & University Of Social Sciences and Humanities, Poland (2014). Preparatory Behavior for Condom Use Among Heteresexual Young Men: A Longitudinal Mediation Model. *Heath Education & Behavior*. Doi:10.1177/1090198114537066.Source.PubMed.
- Conner, M., & Norman, P. (1994). Comparing the health belief model and the theory of planned behaviour in health screening. In D. R. Rutter & L. Quine (Eds.), *Social psychology and health: European perspectives* (pp. 1-24). Aldershot, UK: Avebury.
- Chandran, T. M., Berkvens, D., Chikobvu, P., Nostlinger, C., Colebunders, R., Williams, B. G., & Speybroeck, N. (2012). Predictors of condom use and refusal among the population of Free State province in South África. *BMC Public Health*, 12, 381. doi:10.1186/1471-2458-12-381
- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P.K., LaCourt, J., St. Clair, D., & Wilson, D. (2001). Protective factors associated with American Indian adolescents` safer sexual patterns. *Maternal and Child Health Journal*, Vol.5, 4,273-280.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção do SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. [Evaluation of the efficacy of two psychoeducational interventions to prevent AIDS and to promote health in women at risk for HIV]. (Unpublished doctoral dissertation). University of Minho, Braga, Portugal.

- Costa, E., & McIntyre, T. (2002). *Portuguese translation and adaptation of the questionnaires from the Women's Health Empowerment Project*. Unpublished Manuscript. Department of Psychology, University of Minho, Braga, Portugal.
- Costa, E.C.V., Oliveira, R., & Pereira, M. G., (2015).HIV Voluntary Testing among Portuguese Woman Attending Family Planning Clinics: Implications for HIV Prevention Education and Testing. *International Journal of Sexual Health*. doi: 10.1080/19317611.2015.1080779.
- Costa, E.C.V., McIntyre, T., & Trovisqueira, A. (2016). The Impact of Age-Sex Knowledge, Cognitive Variables, and Safe Sex Practices in HIV at-Risk Portuguese Women. *Mathews Journal of HIV*. <https://www.researchgatenet/publication/299522491>
- Costa, E. C. V., Oliveira, R., Ferreira, D., & Pereira, M.G., (2015). Predictors of consistent condom use among Portuguese women attending family planning clinics. *AIDS Care*, 1-5. Doi: 10.1080/09540121.2015.1071770.
- Crosby, R. A., Miller, K. H., Staten, R. R., & Noland, M. (2005). Prevalence and correlates of HIV testing among college students: An exploratory study. *Sexual Health*, 2(1), 19- 22.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Wingood, G. M., McDermott-Sales, J., Young, A. M., & Rose, E. (2013). Predictors of consistent condom use among young African American Women. *AIDS and Behavior*, 17(3), 865–871. doi:10.1007/s10461-011-9998-7
- Curry, S. J., Grossman, D. C., Whitlock, E. P. & Cantu, A. (2014). Behavioral counseling research and evidence-based practice recommendations: U. S. preventive services task force perspectives. *Ann Intern Med*; 160 (6): 407-413.
- de Wit, J.B., & Adam, P.C. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9(2), 20–22. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00586.x

- Crystal, N.P., Elder, K., Olatosi, B., Onsomu, E.O., Williams, E.M., Sebastian, N., Ogbuano, C., Lee, W., & Glover, S.H. (2012). Beliefs and perception of risks of HIV among women that have never been tested for HIV in the United States. *Journal of the National Medical Association*, 104(9-10), 441-448. PMID:23342818
- DGS – Direção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA 2012- 2016. Lisboa.
- Elifson, K., Klein, H., & Sterk, C. (2010). Predictors of unsafe sex among at-risk heterosexual women. *Womens Health Urban Life*, 9(2), 80–106.
- Essien, E., Ogungbade, G., Ward, D., Ekong, E., Ross, M., Meshack, A., & Holmes, L. (2007). Influence of educational status and other variables on human immunodeficiency virus risk perception among military personnel: A large cohort finding. *Military Medicine*, 172(11), 1177–1181.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed). London: SAGE.
- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L. et al. (2011). Behavior matters. *Am J Prev Med.*; 40 (5): e15-e-30.doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.31.
- French, S.E., & Holland, L.J. (2013). Condom negotiation Strategies as a mediator of the relationship between Self-efficacy and condom use. *The Journal of Sex Research*, 50 (1), 48-59. Doi:10.1080/00224499.2011.626907.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X. & Bushman, B. J.(1996). *Psychological Bulletin*, 119,(3), 390-409.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXIX), 489-503.
- Hou, S. I., & Wisenbaker, J. (2005). Using a web-based survey to assess correlates of intention towards HIV testing among never-been-tested but sexually experienced college students. *AIDS Care*, 17(3), 329-334. doi:10.1080/09540120412331299816

- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2013). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Doc. 144 – Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infeciosas, Lisboa.
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2015). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Doc. 146 – Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infeciosas, Lisboa.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S. et al. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet*; 381 (9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140- 6736(13)60102-6.
- Laga, M., Rugg, D., Peersman, G., & Ainsworth, M. (2012). Evaluating HIV prevention effectiveness: The perfect as the enemy of the good. *AIDS*; 26: 779-783. doi: 10.1097/QAD.0b013e328351e7fb.
- Longmore, M. A., Johnson, W. L., Manning, W. D., & Giordano, P. C. (2013). HIV testing among heterosexual young adults: The influence of individual attitudes and behaviors, partners' risk-taking and relationship dynamics. *Journal of Sex Research*, 50(5), 489-501. doi:10.1080/00224499.2012.661101.
- Ma, Q., Ono-Kihara, M., Cong, L., Pan, X., Xu, G., Zamani, S., Kihara, M. (2009). Behavioral and psychosocial predictors of condom use among university students in Eastern China. *AIDS Care*, 21(2), 249–259. doi:10.1080/09540120801982921.
- MacPhail, C., Pettifor, A., Moyo, W., & Rees, H. (2009). Factors associated with HIV testing among sexually active South African youth aged 15–24 years. *AIDS Care*, 21(4), 456-467. doi:10.1080/09540120802282586.
- Mall, S., Middelkoop, K., Mark, D., Wood, R., & Bekker, L.G. (2013). Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: The results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*, 25(2), 194-201. doi:10.1080/09540121.2012.689810.

- Matera, C. (2014). Encouraging Safer Sex: Mediating and Moderating Effects on Condom Use Among Italian Girls. *International Journal of Sexual Health*, 26, 217-228. Doi:10.1080/19317611.2013.858803.
- Morrison, D., Gillmore, M., Hoppe, M., Gaylord, J., Leigh, B., & Rainey, D. (2003). Adolescent Drinking and Sex: Findings from a Daily Diary Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (4), 162-168. Consultado em 27 de junho de 2017 em file:///G:/morrison%20et%20al.,%202003.pdf
- Nodim, N., Carballo-Dieiguez, A., & Leal, J.(2015). Comportamentos sexuais de risco e preventivos masculinos: resultados de uma amostra recolhida através da internet em Portugal. *Saúde Soc. São Paulo*, 24, 607-DOI 10.1590/S0104-12902015000200017.
- Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M., & Serrano-Garcia, J. (2009). Sexual Behavior and Self-Efficacy for The Negotiation of Safer Sex in Heterosexual Persons. *Interam J Psychol*, 43 (2), 414-424.Consultado em 27 de junho, 2017 em File:///G:/jiménez%20et%20al.,%202009.pdf.
- Protogerou, C., & Turner-Cobb, J. (2011). Predictors of non- condom use intentions by university students in Britain and Greece: The impact of attitudes, time perspective, relationship status, and habit. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 23(2), 91–106. doi:10.2989/ 17280583.2011.634548.
- Público, 2013. *Portugal é o terceiro país europeu com maior taxa de novos casos de SIDA*. Consultado em 10 de Outubro de 2015 através de <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/portugal-e-o-terceiro-pais-europeu-com-maior-taxa-de-novos-casos-de-sida-1614132>
- Raba, G., Skret-Magierlo, J., & Skret, A. (2010). Knowledge about HIV infection and acceptability of HIV testing among women delivered in Podkarpacie Province, Poland. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108(2), 108–110. doi:10.1016/j.ijgo.2009.08.024
- Ribeiro, F., & Sacramento, O. (2014). A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no nordeste de Portugal. *Saúde Soc. São Paulo*, 2, 510-522.

- Rosenstock, I.M., Stretcher, V.J., & Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-25). New York: Plenum Press.
- Shai, N., Jewkes, R., Levin, J., Dunkle, K., & Nduna, M. (2010). Factors associated with consistent condom use among rural young women in South Africa. *AIDS Care*, 22(11), 1379– 1385. doi:10.1080/09540121003758465.
- Sherr, L., Lopman, B., Kakowa, M., Dube, S., Chawira, G., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2007). Voluntary Counselling and testing: uptake, impact on sexual behavior, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. *AIDS*, 21 (7), 851-860.
- Sterk, C., Klein, H., & Elifson, K. (2003). Perceived Condom Use Self-Efficacy Among At-Risk Women. *AIDS and Behavior*, 7, 175-182. doi:10.1023/A:1023950425731.
- Tenkorang, E. Y., & Owusu, G. A. (2010). Correlates of HIV testing among women in Ghana: some evidence from the Demographic and Health Surveys. *AIDS Care*, 22(3), 296-307. doi:10.1080/09540120903193716
- Thanavanh, B., Harum-Or-Rashid, Kasuya, H., & Sakamoto, J. (2013). Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in L o People’s Democratic Republic. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 17387. Doi: org/10.7448/IAS.16.1.17387
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., & McGuire, J., (2010). Correlates of HIV/STD testing and willingness to test among rural-to-urban migrants in China. *AIDS and Behavior*, 14(4), 891- 903. doi: 10.1007/s10461-008-9482-1
- WHO/UNAIDS (2014). Consultado em 20 de Setembro de 2015 através de <http://www.who.int/gho/hiv/en/> .